Duplicate Lane Medical Library 1929

Aus der Landesfrauenklinik der Provinz Pommern
zu Stettin.
(Direktor: Prof. Dr. Stephan)

Ueber Hämatométra nach Narbenstriktur der Cervix.

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
in der
Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe
der
Hohen Medizinischen Fakultät
der Universität zu Greifswald,
vorgelegt von

Mary Ahrenstorf
appr. Aerztin aus Heide (Holstein).

Buckdruckerei Gebrüder Lorenzen, Heide in Holstein 1929.

Aus der Landesfrauenklinik der Provinz Pommern
zu Stettin.
(Direktor: Prof. Dr. Stephan)

Ueber Hämatométra nach Narbenstriktur der Cervix.

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
in der
Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe
der
Hohen Medizinischen Fakultät
der Universität zu Greifswald,
vorgelegt von

Mary Ahrenstorf
appr. Aerztin aus Heide (Holstein).

Buckdruckerei Gebrüder Lorenzen, Heide in Holstein 1929.

Eingereicht im August 1929.

Gedruckt mit Genehmigung
der Hohen Medizinischen Fakultät zu Greifswald.
Dekan: Geh. Med. Rat Prof. Dr. Pels-Leusden.
Referent: Prof. Dr. Stephan.
Correferent: Geh. Med. Rat Prof. Dr. Pels-Leusden.

Als Ursache für die Bildung einer Hämatometra kommen angeborene und erworbene Gynatresien in Frage. Die angeborenen sind entweder durch Hemmungsmissbildungen bei einfachem oder doppeltem Genitaltraktus bedingt oder durch Narbenbildung nach intauterin abgelaufenen Entzündungen. Die erworbenen Atresien sind meist durch Narben verursacht, doch können auch Infiltrate und Tumoren in der Scheide oder in der Gegend des inneren oder äusseren Muttermundes das Lumen derart einengen oder verdrängen, dass eine Passage für das Menstrualblut unmöglich ist. Für die im Klimakterium auftretenden Hämatometren kommen die durch Neubildungen, meistens Carcinome, verursachten in Frage. Eine gleichzeitig bestehende senile Kolpitis führt zur Scheidenstenose und verhindert den Abfluss des pathologisch in den Uterus ergossenen Blutes. Sitzt das Carcinom in der Cervix oder im unteren Uterusabschnitt, so kann es gleichzeitig Blutungsursache und Abflusshindernis sein.

Die etworbenen Gynatresien sind Folgezustände von Prozessen, die Substandsverluste in der Schleimhaut gesetzt haben. Oftmals erstreckt sich der Substanzverlust auch auf das tiefer gelegene submucöse Bindegewebe. Diese Defekte heilen sekundär; durch Schrumpfung des Narbengewebes tritt eine Verengung des Lumens ein, die je nach Lage, Grösse und Tiefe des Gewebsdefektes die verschiedensten Grade erreichen kann. Durch Aneinanderheilen gegenüberliegender Läsionen entstehen oft breite Verwachsungen.

Chemische, thermische, entzündliche und traumatische Ursachen kommen für solche Defektbildungen

der Schleimhaut in Frage. Durch Spülungen mit den verschiedensten Chemikalien, die zu Abtreibungszwecken oder auch auf ärztliche Verordnung in falscher Conzentration vorgenommen werden, können mehr oder minder schwere Verätzungen vorkommen. Auch Verbrühungen der Schleimhaut durch Atmo- und Thermokaustik sind bekannt. Die im kindlichen Alter erworbenen Gynatresien sind meist die Folge von unbemerkt abgelaufenen Entzündungen im Genitaltraktus bei akuten Infektionskrankheiten, z. B. bei Diphtherie, Scharlach, Dysenterie, Erysipel, Typhus. Auch im Puerperium sind entzündliche Prozesse die zu Atresien führen, häufig beobachtet.

Nicht selten ist eine Kolpitis senilis oder Kolpitis ulcerosa adhaesiva Ursache einer Gynatresie.

Die meisten erworbenen Gynatresien sind auf traumatische Ursachen zurückzuführen, meist sind es Verletzungen nach schweren Geburten und nach Abrasionen.

Abramson, *) Halban, Krömer, Wolff, Müller, Feuchtwanger, Henrik Löbel und Pemberton berichteten über Fälle von Hämatometra nach Abrasionen. Dabei handelt es sich zuweilen um ein Arbeiten mit einem scharfen Instrument. Oft wurden mehrere Curettagen in kurzen Zwischenräumen wiederholt. Der nicht ganz fieberfreie Verlauf einer Abrasio könnte an Narbenbildung nach einem entzündlichen Prozess denken lassen (H. Löbel). Bei den später entstandenen Hämatometren fand man eine narbige Stenose im Cervicalkanal oder auch im unteren Uterusabschnitt, sodass die Uterushöhle in zwei Teile geteilt war (Halban).

Die post partum entstehenden Hämatometren können entweder durch Puerperalprozesse oder durch Quetschungen der Weichteile bei sehr langer Geburts-

*) Siehe alphabetisches Literaturverzeichnis.

dauer, ferner durch Gewebszerreissungen oder durch operative Eingriffe mit nachfolgender Narbenbildung verursacht sein.

Albertin berichtet über einen Fall von Hämatokolpometra nach Zwillungsgeburt. Es handelte sich um eine 40-jährige Frau, die wegen eines bis zum Nabel reichenden Tumors, der zunächst für ein Fibrom gehalten wurde, zum Arzt kam. Die Anamnese ergab eine Zwillingsgeburt vor zwei Jahren. Die Früchte waren acht bis neun Monate alt, sie kamen im Zwischenraum von zwei Stunden tot zur Welt. Seit der Geburt hatte die Frau keine Menses gehabt, dafür aber heftige Schmerzen zur Zeit des Menses. Bei der Untersuchung fand sich eine narbige Obliteration der Vagina. Bei der Operation war die Wegbahnung sehr schwierig, die Blase wurde perforiert. Der Uterus wurde eröffnet und entleert. Wegen bestehender sozialer Missverhältnisse wurde von einer langwierigen konservativen Behandlung abgesehen, der Uterus wurde abgetragen, die Blasenfistel geschlossen.

Auch Petit beobachtete eine post partum auftretende Hämatometra und Hämatokolpos Bei einer 38-jährigen Frau, die vor 14 Jahren eine Zangengeburt durchgemacht hatte, bestand eine Stenose der Scheide und Cervix. Durch wiederholte Dilatation wurde die Passage freigehalten. Da die Behandlung der Frau zu langweilig wurde, blieb sie fort. Nach kurzer Zeit kam sie wegen dauernder Schmerzen wieder, es fand sich eine Atresie der Scheide, nach Entleerung einer halben Tasse Blut eine Atresie der Cervix. Diese wurden spontan von dem im Uterus enthaltenen Blut durchbrochen. Es blieb noch ein Tumor palpabel, der für eine Hämatosalpinx gehalten wurde, sich aber bei der Laparotomie als Pyosalpinx erwies. Die Patientin überstand die Operation gut. Die Scheiden-

stenose wurde durch wiederholtes Einlegen dicker Hegarscher Dilatatoren offen gehalten.

Bei einem von Gauthier veröffentlichten Fall handelt es sich ebenfalls um eine Scheiden- und Cervixatresie, Ursache dafür war die Gangrän der vorderen Muttermundslippe, die während einer schweren Geburt stundenlang zwischen Kopf und Symphyse eingekeilt war. Seit der Geburt war die Regel nicht wieder aufgetreten. Erst nach zwei Jahren traten die ersten subjektiven Symptome auf.

Sehr frühzeitig machte sich eine Cervixatresie post partum bei einem Fall von Fieux bemerkbar. Eine 37-jährige Erstgebärende mit plattrachitischem Becken machte eine schwere Zangengeburt durch; dabei kam es zu multiplen Zerreissungen der Cervix. Vom 10. Tage an sistierte jeglicher Wochenfluss. Am 40 Tag, sowie $3^1/_2$ Monate post partum hatte die Patientin heftige Schmerzen. Die Untersuchung ergab eine 10 cm über die Symphyse ragende Hämatometra, von Portio und Muttermund war nichts zu sehen. Am nächsten Tag erfolgte Spontanperforation in die Scheide. Nach blutiger Erweiterung der Perforationsstelle wurde mit Hegarschen Dilatatoren gedehnt, dann ein intrauterines Dauerpressar für zwei Monate eingelegt. Es trat Heilung ein.

In der Landesfrauenklinik in Stettin wurden im Jahre 1926 3 Fälle von Hämatometra post abortum bezw. post partum beobachtet, die mir vom Direktor der Klinik, Professor Stephan, für die vorliegende Arbeit zur Verfügung gestellt wurden.

Fall 1: (Journal-Nr. 261/1929).

Die 35-jährige Patientin Frau M. wurde am 19. 6. 1929 vom Arzt in die Klinik geschickt. Die Anamnese ergibt: Die Patientin ist seit ihrem 16. Lebensjahr regelmässig, alle 4 Wochen 8 Tage lang

menstruiert, sie hat 4 Graviditäten durchgemacht, 3 Kinder leben. Geburten und Wochenbett waren normal. Letzte Regel am 12. 4. 1926. Seit 6 Wochen klagt sie über Schmerzen in der linken Unterbauchgegend und im Kreuz und über Erbrechen, sie fühlt sich schwanger. Der Arzt stellte eine Geschwulst im Unterleib fest und schickte die Patientin in die Klinik. Befund: Es handelt sich um eine Patientin in gutem Ernährungs- und Kräftezustand. Herz, Lungen, Urin o. B. Genitalbefund: Vulva, Scheide, Portio o. B., aus der Cervix entleert sich etwas eitriges Sekret. Der Uterus ist ca. gänseeigross, anteflektiert, aufgelockert, im Douglas fixiert. Die Adnexe sind nicht mit Sicherheit herauszutasten. Parametrium posterius infiltriert, wenig druckempfindlich, umgreift spangenförmig das Rektum. Temperatur normal. Eine Gonorrhoe ist nicht nachweisbar. Auf konservative Behandlung hin (Ichthyol-Glycerin-Tamponade) erfolgt Besserung, sodass Patientin am 2. 7. mit folgendem Genitalbefund entlassen wird: Muttermund geschlossen, keine Blutung. Uterus faustgross, anteflektiert, Adnexe frei. Parametritis posterior gut zurückgegangen. Die Beckenwand wird von dem Infiltrat nicht mehr erreicht, das Rektum aber noch umfasst. Es besteht fast keine Druckempfindlichkeit mehr.

Nachuntersuchung am 3. 8.: Aus dem Muttermund ragt ein kaum erbsengrosser, kurzgestielter Polyp heraus, der auf Berührung blutet. Es besteht eine normale Gravidität mens V. Parametrien, Douglas, Adnexe frei.

Am 20. 8. wieder Kliniksaufnahme. Nach der letzten Untersuchung angeblich fast dauernd leichte Blutungen, die zunächst auf den am 3. 8. festgestellten Polypen zurückgeführt werden müssen. Seit gestern bestehen Wehen. — Genitalbefund: Vulva, Scheide, Portio o. B., Muttermund geschlossen, aus ihm mittelstarke Blutung. Cervix im Verstreichen, in der vorderen

Cervixwand ein ca. fünfmarkstückgrosses flächenhaftes Hämatom, das auf einen kriminellen Eingriff suspekt ist. Der Fundus uteri steht einen Querfinger unterhalb des Nabels. Adnexe, Douglas, Parametrien frei. — Der Versuch, den drohenden Abort aufzuhalten, misslingt. Am 22. 8. treten Wehen auf, es kommt zur spontanen Ausstossung einer 22 cm langen Frucht mit Nachgeburt. — Am 27. 8. ist die Temperatur noch subfebril, die Blutsenkung beträgt 25 Minuten. Es wird folgender Genitalbefund erhoben: Uterus in guter Rückbildung begriffen. Adnexe, Douglas, Parametrien frei. Anstelle der ante partum bestehenden Hämatoms an der vorderen Cervixwand befindet sich jetzt eine für einen Finger bequem durchgängige Scheiden-Cervixfistel, aus der eitrig blutiges Sekret hervorquillt. Es werden Scheidenspülungen und Sitzbäder gemacht. Nach normalem Temperaturverlauf wird die Patientin am 7. 9. auf eigenen Wunsch entlassen. Entlassungsbefund: Vulva, Scheide o. B. Die bestehende Scheiden-Cervixfistel ist noch in ca. Bleistiftdicke durchgängig. Aeusserer Muttermund geschlossen, keine Blutung. Uterus mobil, anteflektiert, normal gross, von normaler Konsistenz, Adnexe, Parametrien frei.

Am 5. 12. wird die Patientin wieder in die Klinik aufgenommen. Seit der Entlassung im September ist die Regel bei ihr nicht wieder aufgetreten, dafür hatte sie aber im Oktober und November typische Molimina. Genitalbefund: Vulva, Vagina o. B., etwas klobige Portio. Muttermund quer geschlossen, von der Scheidencervixfistel ist nichts mehr nachzuweisen. Keine Lividität. Uterus vergrössert, entsprechend einer Gravidität mens III—IV, aber von normaler Konsistenz, anteflektiert, beweglich, zeigt eine geringe Ausladung nach links. Adnexgegend links druckempfindlich, Douglas, Parametrien frei. — Es wird die Diagnose Hämatometra

gestellt. Wiederholte Untersuchungen und ausführliches Befragen der Patientin sichern die Diagnose, sodass Sondierung und Dilatation beschlossen wird. — Am 18. 12. wird die Sondierung mit einer 3 mm starken Knopfsonde vorgenommen. Man stösst dabei auf schwer zu überwindenden Widerstand, sodass die Sondierung erst nach mehreren Versuchen gelingt. Die Sondenlänge des Uterus beträgt 14 cm. Es besteht an Stelle der früheren Cervix-Scheidenfistel scheinbar eine narbige Stenose. Nach der Sondierung wird bis Hegar 10 dilatiert, dabei entleert sich eine reichliche Menge dunkelteerfarbigen, zersetzten Blutes. Für die Nacht wird der Metranoikter Nr. 3 eingelegt, der am 19. 12. vormittags entfernt wird. Die Entleerung des Blutes hält an und wird noch durch Hypophysingaben während der folgenden Tage unterstützt. Da die Temperatur normal bleibt, fängt die Patientin am 21. 12. an aufzustehen, wodurch der weitere Blutabfluss begünstigt wird. Am 22. und 23. 12 wird ein dünner, mit sterilem Glycerin getränkter Tamponadenstreifen in den Muttermund eingelegt und bis zum Fundus uteri hinaufgeführt. — Am 24. 12. wird die Patientin auf eigenen Wunsch entlassen. Entlassungsbefund: Noch mässiger Abgang teerfarbigen Blutes. Muttermund ist für die Fingerkuppe eingängig. Der Uterus ist anteflektiert, noch ca. faustgross, derb, etwas nach links hin ausladend. Adnexe, Douglas, Parametrien frei. — Die Patientin wird poliklinisch weiterbehandelt. — 25. 4. 27 Nachuntersuchung: Die Regel kommt pünktlich, alle 4 Wochen, ohne Beschwerden. Es besteht ein normaler Genitalapparat.

Fall 2: (Priv.-Journal 1926/2121.

Die 38-jährige Frau Sch. wurde am 10. 3. 1926 kreissend nach drei Schwangerschaftsblutungen mit Placenta praevia und totem Kind mit Scheidentamponade durch die Hebamme aufgenommen. Es handelt sich um

eine Patientin mit starker Adipositas universalis. Nach Entfernung von 8 grünlichen stinkenden Tamponadekugeln und gründlicher Desinfektion ergibt die Untersuchung eine Placenta praevia lateralis. Die darauf vorgenommene Metreuryse ist ohne Erfolg. Durch Chinin-Uretan und mehrfache Hypophysengaben versucht man, die Wehen anzuregen. Die Geburt schreitet nicht vorwärts, der Muttermund ist äusserst rigide und noch dickrandig. Wegen der starren Cervix wird eine Colpophysterotomia ant. gemacht, dann Wendung, Extraktion und Perforation des nachfolgenden Kopfes. Die Placenta folgt auf kräftigen Crédé. Die Operationswunde wird in zwei Etagen genäht. Das Wochenbett ist vom 4.—6. Tag subfebril (37. 9.), zeigt dann normalen Verlauf. Am 31. 3. wird die Patientin mit gut verheiltem Cervixschnitt und einwandfreiem Puerperalbefund entlassen.

Die erste Nachuntersuchung am 2. 6. ergibt Folgendes: Subjektiv Wohlbefinden, bei längerem Stehen und Gehen Schmerzen in den Füssen. Genitalbefund: Cervix glatt verheilt, Uterus faustgross (Gravidität?).

2. Nachuntersuchung am 10. 9.: Die Periode ist noch nicht wieder aufgetreten, die Patientin fühlt sich schwanger. Da sie sich vor einer Entbindung sehr ängstigt, hat sie den Wunsch, die »Gravidität« möchte unterbrochen werden. Die Schwangerschaftsunterbrechung wird abgelehnt. Der Uterus ist doppelt faustgross, es wird in Uebereinstimmung mit dem Empfinden der Patientin an eine Gravidität gedacht. Patientin soll in vier Wochen zur Kontrolle wiederkommen.

Am 30. 9. berichtet die Patientin, sie habe am 11. 9. einige Stunden lang geblutet, dann seien nochmals nach 14 Tagen Spuren von Blut abgegangen. Auch jetzt blutet sie immer noch etwas bei Bewegung. Bei der Untersuchung findet sich ganz wenig bräunlich-

zersetztes Blut in der Scheide, die Cervix ist eingängig, der Uterus anscheinend seit dem 10. 9. nicht weiter vergrössert. Es wird wegen der wiederholt geäusserten Furcht der Patientin vor einer weiteren Entbindung als Blutungsursache ein Abtreibungsversuch vermutet, Patientin bekommt Extr. viburn. und Tinct. Opii.

Am 15. 11. klagt die Patientin über übelriechenden Ausfluss. Es findet sich bei der Untersuchung ganz geringe, leicht zersetzte Blutung bei ausgedehnter Erosio simplex, im Abstrich: Mischflora. Der Uterusfundus steht über der Mitte zwischen Nabel und Proc. xiphoid., der Uterus ist weich. Daraufhin wird mit grosser Wahrscheinlichkeit die Diagnose einer noch erhaltenen Gravidität gestellt, obwohl weder Herztöne noch Kindesteile durch die allerdings sehr fettreichen Bauchdecken nachzuweisen sind.

Am 13. 12. erscheint die Patientin wieder, sie hat seit gestern reichliche schokoladenbraune Blutungen, der Arzt hat zweimal untersucht, zuletzt tamponiert. Befund: Durchblutete Tamponade, Cervix für einen Finger eingängig, innerer Muttermund fest geschlossen. Corpus uteri gegenüber dem Befund am 15. 11. stark verkleinert, der Fundus reicht nur noch zwei Querfinger unterhalb des Nabels. Es wird ein Matranoikter eingelegt: Während das Instrument liegt, erfolgt die Entleerung von weiteren Mengen eingedickten braunen Blutes. Die Sondenlänge des Uterus beträgt nur noch 10 cm, der Abstrich aus dem Uteruskavum ist steril. Die am am 14. 12. vorgenommene stumpfe Abrasio ergibt kein Graviditätsmaterial; bei der mikroskopischen Untersuchung findet man blutig-infarcierte Schleimhautdrüsen, keine Decidua, kein Chorion. Es handelte sich also um eine Hämatometra, verursacht durch Narbenstenose nach Sectio vaginalis. Nach fieberfreiem Verlauf wird die Patientin am 21. 12. mit normalem

Genitalsitus und festem gänseeigrossen Uterus entlassen, der Muttermund ist für die Fingerkuppe eingängig. Es besteht noch geringe Absonderung von gelblich-bräunlichem Sekret.

Zu einer Nachuntersuchung hat die Patientin sich nicht wieder eingefunden, auch auf schriftliche Anfrage über ihr Befinden erteilt sie zunächst keine Auskunft.

Am 11. 1. 1928 stellt sie sich vor und gibt an, dass sie seit ihrer Entlassung im Dezember 1926 regelmässig menstruiert gewesen sei. Die Regel sei anfangs nur schwach aufgetreten, dann aber immer stärker geworden. Dabei habe sie nur ganz geringe Beschwerden gehabt, niemals krampfartige Schmerzen wie zur Zeit der Stenose. Das Einlegen eines Metranoikters hatte also genügt, um die Stenose zu beseitigen. — Untersuchungsbefund: Der Uterus ist etwa faustgross, fühlt sich aber im Gegensatz zu den früheren Befunden derb, fast hart an, die Oberfläche ist glatt. Es besteht kein Verdacht auf ein Stenose-Rezidiv, daher zunächst symptomatische Behandlung, Styptica zur Zeit der Periode.

13. 3. Wiedervorstellung: Die Menses treten regelmässig auf, jedoch so stark, dass Patientin sich geschwächt fühlt. Tastbefund: Der Uterus ist seit Januar fast doppeltfaustgross und hart, sodass man bei der Diagnosenstellung zwischen einer intramuralen oder submukösen Myomentwicklung und einer diffusen Fibromatosis schwankt. Auf Wunsch der Patientin wird nochmals unter symptomatischer Behandlung abgewartet und die eventuell vorzunehmende Abtragung des Uterus hinausgeschoben.

Am 10. 4. kommt die Patientin von selbst zur Aufnahme. Der Uterus hat Doppeltfaustgrösse erreicht und ist von harter Konsistenz. Die letzte Blutung war sehr stark, jedoch beschwerdefrei. Patientin ist

in ihrem Gesamtbefinden durch sekundäre Anaemie infolge der Menorrhagien stark beeinträchtigt.

11. 4. Eine vorsichtige Sondierung des Uterus lässt keinerlei fremden Inhalt (submucöses Myom), sondern überall glatte Innenwände erkennen, worauf zur Laparotomie geschritten wird. Nach Eröffnung des Bauches durch einen Längsschnitt in der Mittellinie, wobei eine fünfmarkstückgrosse alte Nabelhernie excidiert wird, und Lösung alter pelveoperitonitischer Verwachsungen, wird der uterus supravaginal amputiert unter Mitnahme beider Adnexe, da beide Ovarien ausgedehnte cystische Degeneration und links eine Schokoladencyste erkennen lassen. Die makroskopisch normalen Teile des linken Ovars werden in zwei Scheiben in das Cavum Retzii reimplantiert. Appendectomie wegen mehrerer Kotsteine. Bei der Naht der sehr fettreichen Bauchdecken Radikaloperation der Nabelhernie. Die Operationswunde heilt per primam. Die Reconvalescenz ist ungestört, sodass Patientin am 2. 5. 1928 mit einwandfreiem postoperativen Befund entlassen wird. — Die pathologisch-anatomische Untersuchung des Uterus ergibt, dass es sich um keinerlei isolierte Tumorbildung, sondern um eine ausgesprochene Fibromatosis diffusa handelt. Die Scheimhaut des Uteruskavums zeigt typische Hyperplasie des Endometriums, ohne das irgendwo in der Struktur eine Andeutung von Malignität zu finden wäre Das Ergebnis der mikroskopischen Untersuchung der Ovarien und Tuben ist dem makroskopischen Befund entsprechend. — Die Nachuntersuchung am 26. 6. 1928 ergibt ein einwandfreies postoperatives Resultat, der Cervixstumpf ist gut beweglich, kein pathalogisches Sekret. Es bestehen keinerlei Ausfallserscheinungen, sodass das Ovarialimplantat offenbar einwandfrei eingeheilt ist; die jetzt 39-jährige Frau ist beschwerdefrei.

Fall 3: Journal-Nr. 1926/124.

Die 35-jährige Erstgebärende Frau A. L. wird am 27. 1. 1926 abends 11 Uhr vom Arzt wegen protrahierter Geburt bei Wehenschwäche mit febris sub part. der Klinik überwiesen. Die Anamnese ergibt Folgendes: Die Patientin ist nie krank gewesen. Die erste Regel trat mit 17 Jahren auf, kam regelmässig alle 4 Wochen 4 Tage lang ohne Beschwerden. Letzte Regel am 18. 4. 1925. Das Befinden während der Schwangerschaft war immer gut. Die ersten Wehen traten am 26. 1. 1926 auf, am 26. 1. abends 6 Uhr erfolgte der Blasensprung. Am 26. 1. bekam die Patientin 1 g Chinin, am 27. 1. ebenfalls 1 g Chinin und 2 ccm Pituglandol. Die Temperatur betrug 38, der Puls 120 in der Minute. Die Patientin wurde einmal vaginal vom Arzt und zweimal rektal von der Hebamme untersucht Bei der Aufnahme fand sich folgender Untersuchungsbefund: Es handelt sich um eine grosse kräftige Frau in gutem Ernährungszustand. Herz, Lunge, Verdauungsorgane o. B. Temperatur 37,3, Puls 104. Urinbefund: Kein Zucker, Eiweiss schwach +, im Sediment: Leukozyten +, Erythrozyten +, keine Zylinder. Es besteht eine erste Schädellage, der Kopf ist fest im Beckeneingang, die Blase gesprungen, die Wehen haben aufgehört. Die Kreissende ist müde und erschöpft von der Anstrengung des Tages, eine Veranlassung zum Eingreifen liegt nicht vor, zumal das Fieber abgefallen ist (37,3) und die Herztöne gut sind. Die Patientin schläft die Nacht hindurch ruhig ohne Morphium. Als sie am nächsten Morgen erwacht, stellt sich bei der erneuten äusseren Untersuchung heraus, dass Herztöne nicht wahrnehmbar sind und etwas mekoniumhaltiges Fruchtwasser abgeht. Darauf wird zur Anregung der Wehentätigkeit nach einmaliger Rizinusgabe neben Thermophor in einstündlichen Zwischenräumen 2 mal

je 0,5 Chinin. hydrochlor. und 1 mal 1 ccm Pituglandol gegeben. Trotzdem tritt der Kopf nicht tiefer. Der Muttermund wird bei rektaler Kontrolle vormittags kleinhandtellergross gefühlt und ist auch nachmittags nicht weiter geworden. Die Temperatur zeigt am Frühnachmittag langsam ansteigende Tendenz und erreicht um 6 Uhr 38°. Um 6 Uhr tritt plötzlich ohne Prodromalsymptome ein eklamptischer Anfall auf. Die erneute Urinkontrolle ergibt Eiweiss +, im Sediment finden sich keine Zylinder. Der Ausaruch der Eklampsie nötigt im Verein mit dem Anstieg der Temperatur zur schleunigen Geburtsbeendigung. Es kommt bei der abgestorbenen Frucht lediglich Perforation und Cranioklasie in Frage. Der Eingriff wird sofort vorbereitet und ausgeführt (Operateurin: Eine Volontär-Assistentin bei Assistenz des Kreissaalarztes). Bei Narkosenbeginn tritt ein erneuter eklamptischer Anfall auf. Wegen der nulliparen engen äusseren Genitalien wird eine linksseitige Episiotomie gemacht. Nach Perforation und Enthirnung wird der Cranioklast angelegt und die Extraktion angeschlossen. Obwohl es den Anschein hat, als ob sich die Cervix bei der Extraktion genügend dehnen würde, sodass von einer Inzision Abstand genommen wird, erfolgt ein linksseitiger Cervixriss, der bei nur geringer Blutung sofort genäht wird. Nach Naht der Episiotomiewunde erfolgt Expression der gelösten Placenta. Der Gesamtblutverlust beträgt 550 ccm, Patientin bekommt Euphylin, Morphium, Eisblase.

Im Wochenbett gehen die eklamptischen Erscheinungen unter entsprechender diätetischer Behandlung schnell zurück, die Temperatur ist absolut normal, die Urinausscheidung gut, der Blutdruck normal. Am 17. Wochenbettstage erfolgt erstmalig ein Temperaturanstieg: Es findet sich eine linksseitige Thrombose, die unter der üblichen symptomatischen Behandlung gut

zurückgeht Am 28. Wochenbettstag abermalige Fieberzacke: Auch im rechten Bein findet sich eine Thrombose. Nachdem vom 36. Wochenbettstag ab nach Abklingen der Thrombose die Temperatur normal war (immer unter 37) erfolgt am 53. Wochenbettstag erneuter Fieberanstieg, der auf einer rechtsseitigen Colipyelitis mit typischen Urinbefund beruht. Behandlung mit intravenösen Injektionen von Urotropin Nach anfänglichem Rückgang der Pyelitis und völliger Abheilung der Thrombose wird am 63. Wochenbettstag bei nochmaliger Temperaturzacke und nachfolgendem stark remittierenden Fieber eine heftige Schmerzhaftigkeit in der rechten Nierengegend und eine dort entwickelte Tumorbildung festgestellt. Im Urin finden sich 7‰ Eiweiss, im Sediment Erythrocyten +, Leukozyten ++, Coli +++. Die Blutsenkung beträgt 19 Minuten, die Leukozytenzahl 10100. Da eine Stauung im rechten Nierenbecken vermutet wird, beschliesst man, eine Cystoskopie mit Ureterenkatheterismus vorzunehmen. Dabei zeigt sich verwaschene Trigonumzeichnung, die Blasenmukosa ist injiziert, beide Ureterenostien, besonders rechts, sind gewulstet und entzündlich gerötet, regelmässige Aktion ist vorhanden. Beim Ureterenkatheterismus rechts stösst man in 25 cm Höhe auf Widerstand, ein weiteres Vorschieben des Katheters ist unmöglich. Diagnose: Colicystitis und rechtzeitige Pyelitis mit intermittierender Hydronephrose. Nach 5 Tagen erfolgt lytischer Abfall der Temperatur, die dann dauernd normal bleibt. Mit dem Fieberrückgang verkleinert sich der Nierentumor, sodass die Niere am 80. Tag post partum normale Grösse erreicht hat. Die Patientin fängt an aufzustehen. Nach einer weiteren Woche wird sie mit ganz geringfügigem Nierenbefund, jedoch mit noch etwas beschleunigter Blutsenkung und reduziertem Haemoglobingehalt entlassen. Genitalbefund: Episiotomie

gut verheilt, im linken hinteren Scheidengewölbe zarte flächenhafte Schleimhautverklebungen, Uterus mobil, anteflektiert, entsprechend gross, von normaler Konsistenz, Adnexe, Douglas, Parametrien frei. Portio o. B., Muttermund geschlossen. Residuen der beiderseitigen Thrombosen nicht mehr nachweisbar.

Am 6. 10. 1926 wird die Patientin wieder in die Klinik aufgenommen. Bei ihr ist seit der Entbindung im Januar die Regel noch nicht eingetreten. Seit drei Wochen bestehen Kreuz- und Unterleibsschmerzen, keine Molimina. Bei der Untersuchung findet man Folgendes: Sehr fettreiche Bauchdecken, Fundus uteri in Nabelhöhe, linke Unterbauchgegend druckempfindlich. Aeussere Genitalien, Scheide o. B. Muttermund zunächst nicht auffindbar, eine kleine Stelle in der Mitte der Portio ist etwas erhaben, von blauroter Farbe. Bei aseptischer Sondierung dieser Stelle entleeren sich etwa 200 ccm dunklen Blutes aus dem Uterus. Die Adnexe sind nicht abzutasten, die Parametrien frei. Die Blutsenkung beträgt 48 Minuten. Es wird ein Skene-Katheter in den Uterus eingelegt, die Scheide locker tamponiert. Innerhalb der ersten 6 Stunden gleitet der Katheter bei Entfernung der Tamponade aus der Cervix heraus. Es wird zunächst auf das Einlegen eines neuen Katheters verzichtet, da unter täglichen Gaben von Pituigan forte eine reichliche Entleerung des Hämatometrablutes erfolgt. Am 11. 10. sistiert der Blutabgang, die Temperatur ist normal. Zur Klärung der Frage, ob die Entleerung des Uterus vollständig und etwa eine Hämatosalpinx vorhanden sei, wird eine Narkosenuntersuchung mit evtl. anzuschliessender Cervixdilatation beschlossen. Die Narkosenuntersuchung am 12. 10. ergibt einen derben, etwa kleinfaustgrossen, anteflektierten, leidlich beweglichen Uterus. Die Adnexe sind ohne gröbere Veränderungen, sodass eine Hämatosalpinx auszuschliessen

ist. Die Sondenlänge beträgt 10 cm, es besteht also keine Blutretentation. Prophylaktisch wird gegen eine weitere Stauung des Menstrualblutes bis Hegar 14 dilatiert. Nach glattem fieberfreien Verlauf wird die Patientro am 16. 10. mit weiter verkleinertem Uterus entlassen und in 4 Wochen zur poliklinischen Beobachtung wiederbestellt.

Nachuntersuchung am 24. 11.: Vor einigen Tagen ist die Regel wieder eingetreten, dauerte nur drei Tage und war ohne Beschwerden. Der Muttermund ist für die Sonde eingängig, es entleert sich eine geringe Menge dunklen Blutes. Der Uterus ist in Mittelstellung, derb, etwas vergrössert, leidlich beweglich, Adnexe frei. Die Patientin wird in 6 Wochen wiederbestellt.

10. 1. 1927: Um Weihnachten herum trat die Regel wieder normal stark auf. Z. Zt. geringer Abgang dunklen Blutes. Am äusseren Muttermund finden sich wiederum ganz leichte Verklebungen, die mit der Sonde beseitigt werden. Darauf entleeren sich etwa 3 ccm dunklen Blutes.

23. 4. 1927: Die Regel ist pünktlich alle 4 Wochen ohne Schmerzen eingetreten. Am Muttermund zeigen sich leichte Verklebungen, bei der Sondierung entleeren sich etwa 10 ccm dunklen Blutes. Der Patientin wird zu einer Cervixplastik geraten.

Am 10. 6. 1927 letzte Nachuntersuchung: Menses regelmässig alle 3 Wochen ohne jegliche Beschwerden. Genitialbefund normal. Am Muttermund sind keinerlei Verklebungen mehr nachweisbar, sodass die in Aussicht genommene Cervixplastik somit nicht mehr erforderlich ist. —

Die drei vorstehend beschriebenen Fälle zeigen, dass sich einmal eine Hämatometra durch Narbenstenose infolge einer Scheiden-Cervixfistel nach kriminellem Abort, das zweite Mal durch Narbenstenose

nach vaginaler Sectio und endlich beim dritten Fall nfolge Verklebung des äusseren Muttermundes nach einer operativen Geburt und Cervixnaht mit fieberhaftem Wochenbett gebildet hat. Das sich ansammelnde Blut dehnte in allen 3 Fällen den Uterus mächtig aus, sodass es zu mehr oder weniger sinnfälligen Symptomen kam.

Die Diagnose einer Hämatometra kann, wie wir sahen, zuweilen leicht, sie kann aber auch äusserst schwierig sein. Bei typisch verlaufenden Fällen sehen wir, dass in regelmässigen Intervallen Molimina menstrualia auftreten, ohne dass es zu einer Blutung kommt. Anamnestisch wird der Bericht von vorhergegangenen schweren operativen Entbindungen, fieberhaften, kriminellen Aborten oder fieberhaften Wochenbetten — wie bei unseren Fällen — von Bedeutung sein. Die Amenorrhoe, Schmerzen in der Unterbauchgegend, sowie bei längerem Bestehen ein Stärkerwerden des Leibes müssen auf die Diagnose hindeuten. Eine Gravidität ist bei Fehlen aller anderen Schwangerschaftszeichen auszuschliessen. Uterusneubildungen kommen differentialdiagnostisch in Frage, Kombinationen von malignen und benignen Uterustumoren mit Hämatometren sind garnicht so selten beobachtet worden. So beschrieb D a h m s einen Fall aus der Greifswalder Univeritäts-Frauenklinik, in dem ein grosses submucöses Myom durch einen Kugelventilverschluss des Orificium internum zur Hämatometrabildung Veranlassung gab.

In unserem Fall 1 wurde die Diagnose Hämatometra auf Grund der Amenorrhoe, der typischen Molimina und der Vergrösserung des Uterus bei Fehlen aller übrigen Schwangerschaftszeichen leicht gestellt. Als Ursache der Bildung der Hämatometra muss in diesem Falle die narbige Cervixstenose, die sich anstelle der vorher bestehenden kriminell erzeugten Cervix-Scheidenfistel gebildet hatte, angenommen werden.

Wesentlich schwieriger war die Sachlage in Fall 2. Es wurde zunächst an eine Gravidität gedacht, zumal die Patientin seinerzeit mit gut verheiltem Cervixschnitt entlassen worden war und sich bei der zweiten Nachuntersuchung selcst schwanger fühlte. Die Vermutungs-Diagnose Gravidität wurde unter Beeinflussung durch dieses subjektive Gefühl der Patientin auch solange aufrecht erhalten, bis der Uterus sich nach verschiedenen geringen Blutabgängen, die zunächst für Blutungen im Sinne eines Abortes imminens gehalten wurden, unter einer reichlicheren bräunlichen Blutung deutlich verkleinert hatte und eine darauf vorgenommene Abrasio kein Graviditätsmaterial ergab. Ursache der Hämatometra muss hier also eine narbige Stenose in der Cervix im Anschluss an die vorausgegangene vaginale Schnittentbindung gewesen sein.

Klarer war vornherein die Situation im dritten Fall. Hier war es die narbige Verklebung des äusseren Muttermundes im Anschluss an die überstandene operative Entbindung mit folgendem fieberhaften Wochenbett, die zur Stauung des Menstrualblutes führte und in ihrer Ausdehnung eine Gravidität von sechs Monaten vortäuschen konnte. Der Muttermund war bei der ersten Untersuchung nach dem Wochenbett nicht mit Sicherheit aufzufinden, bei Sondierung einer kleinen blauroten Stelle in der Mitte der Portio entleerten sich etwa 200 ccm dunklen Blutes. Die offenbar durch den Chervixriss bedingten Verklebungen am äusseren Muttermund hatten also den Abfluss des Menstrualblutes verhindert.

Die Behandlung der Hämatometra muss in der Regel eine instrumentelle sein, d. h. sie muss einen bleibenden Abfluss für das Menstrualblut schaffen. Bei den durch Narbenstenosen entstandenen Hämatometren, wie in unseren drei Fällen, wird man sich darauf

beschränken, den Ausfluss des gestauten Blutes durch Dilatation der Stenosen zu erreichen. Bei grösseren Narben muss evt. eine erweiternde Cervixplastik ausgeführt werden, da die einfache Dilatationsbehandlung unter Umständen langwierig und unsicher im Erfolg sein kann. Im dritten Fall genügte die einfache Dilatation mit Hegarstiften, um zu einem guten Dauerresultat zu führen In den ersten beiden Fällen dagegen war zur Behebung der Cervixverengerung die Einlegung des Metranoikters von einem Tag auf den anderen erforderlich, wobei dieses Instrument seine schonende, aber überaus wirkungsvolle Dilatationskraft wiederum bewiesen und zu einem einwandfreien Dauererfolg geführt hat Neben der Dilatationsbehandlung mit Hegarstiften oder Metraonikter wird es dienlich sein, wie es in unseren Fällen geschah, durch Einlegen eines Glasdrains oder einer öfters erneuten Glyzeringazetamponade die Passage offen zu halten. Ebenso dürfte es ratsam sein, durch Uterustonika (Hypophysenpräparate, Secalegaben) fördernd auf den Ausfluss des Blutes zu wirken. Bei infizierten Fällen ist die Applikation von Eisblasen zur Herbeiführung einer Ischäme des Uterus zweckmässig.

Möglich ist es, dass das im Uterus unter gewissem Druck stehende Blut das Hindernis spontan durchbricht, es wäre dies die einfachste Lösung. Doch wird man sich mit diesem Ausweg nicht begnügen dürfen, weil die Verklebungen bezw. Stenosen sich zu leicht wieder bilden und dann dieselben Verhältnisse wie vorher bestehen oder aber der Abfluss des Blutes ungenügend ist. Bei dieser inkompletten Hämatometra kann es durch Aufwandern von Keimen aus der Scheide zu schweren Infektionen kommen, da das gestaute Blut einen guten Nährboden für Bakterien bildet, sodass es zur Bildung einer Pyometra kommt. Unser Fall

drei gehört zu diesen sich inkomplett entleerenden Fällen: Trotz der Angabe der Patientin, die Menses seien pünktlich und von normaler Stärke aufgetreten, entleerten sich anlässlich einer Nachuntersuchung bei Sondierung noch ca. 10 ccm retiniertes Blut. Doch kam es nicht durch Infektion zur Entstehung einer Pyometra.

Bei jeder Hämatometra ist ausserdem die Gefahr einer sich bildenden Hämatosalpinx vorhanden mit ihren üblen Folgeerscheinungen, wenn nicht rechtzeitig eingegriffen wird. Es pflegt bei derartigen Fällen von Hämatometra nicht der Uterus, häufig aber die durch das zurückgestaute Blut stark erweiterte und verdünnte Tube zu platzen, wodurch schwere peritoneale Erscheinungen, ja tötliche Peritonitis hervorgerufen werden können, zumal dann, wenn durch eine Infektion der Hämatometra eine Pyosalpinx entstanden war. Ein Abwarten kann also bei der sicher gestellten Diagnose verhängnisvoll werden.

Hinsichtlich der Prognose und Dauerheilung sind unsere drei Fälle günstig zu beurteilen, da die durch die Hämatometra entstandenen Beschwerden und klinischen Erscheinungen vollkommen ausgeheilt wurden. Die bei Fall 2 erfolgte supravaginale Amputation des Uterus zwei Jahre nach Entstehung der Hämatometra hängt mit dieser ursächlich nicht zusammen, sondern wurde lediglich durch die in der Zwischenzeit fortschreitende Fibromatosis mit konsekutiven starken Menorrhagien bedingt.

Die Zahl der angeborenen Gynatresien überwiegt bei weitem die der auf traumatische Ursachen zurückzuführenden erworbenen Stenosen, sodass das Vorkommen dreier solcher Fälle von Hämatometra in einem Jahr bei dem allerdings sehr grossen Material der Landesfrauenklinik in Stettin immerhin eine Seltenheit ist und der Veröffentlichung wert erscheint.

Literatur.

1. Abramson, M.: Hämatometra nach Abrasio. Zentralblatt für Gynäkologie 1913, Bd. II.
2. Albertin (Lyon): Hämatokolpometra nach Zwillingsgeburt, bestehend seit zwei Jahren. Zentralblatt für Gynäkologie 1915, Bd. I.
3. Dahms, Otto: Ueber Hämatometra bei gutartigen Uterustumoren. Inaug. Dissertation Greifswald 1919.
4. Feuchtwanger: Verwachsungen in der Cervix uteri nach Curettagen. Zentralblatt für Gynäkologie 1926.
5. Fieux: Un cas d' hématometrie post partum. Jahresbericht 1904.
6. Gauthier, G. L.: Hämatometrie post partum. Jahresbericht 1905.
7. Halban, J.: Atresia uteri nach Curettagen. Zentralblatt für Gynäkologie 1917, Bd. I.
8. Krömer: Aetzstriktur der Cervix. Zeitschrift für Geburtshilfe Bd. 68.
9. Loebel, Henryk: Verwachsungen in der Cervix uteri nach Curettagen. Zentralblatt für Gynäkologie 1926.
10. Müller, Paul: Verwachsungen in der Cervix uteri nach Abortus. Zentralblatt für Gynäkologie 1926.
11. Pemberton, F. A.: Erworbene Atresien der Vagina und der Cervix. Zentralblatt für Gynäkologie 1926.
12. Petit: Un cas de gynatresie. Jahresbericht 1893.

13. Witthauer: Ueber zwei nicht gewöhnliche Fälle von Hämatometra und Hämatosalpinx. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. IX.
14. Wolff, F.: Verwachsungen in der Cervix uteri nach Curettagen. Zentralblatt für Gynäkologie 1926.